

Osteomielitis pélvica y absceso del músculo aproximador mayor

V.M. Navas López, E. Peromingo Matute, D. Canalejo González, M. Camacho Lovillo, C. Montero Valladares, J.A. León Leal
Unidad de Infectología Pediátrica. Hospital Infantil Universitario «Virgen del Rocío». Sevilla

Resumen

La osteomielitis pélvica es infrecuente, representa aproximadamente un 6-8% del total de osteomielitis agudas hematógenas. Es más frecuente en varones. Su presentación clínica es variable y poco específica, lo que contribuye a un retraso en el diagnóstico. No existe ninguna prueba de laboratorio específica para su diagnóstico. No es infrecuente encontrar casos de pacientes con osteomielitis y cultivos negativos. Las complicaciones son infrecuentes.

Se presenta el caso clínico de un niño de 10 años, sin antecedentes personales de interés, al que se diagnostica una osteomielitis de la rama isquiopubiana izquierda complicada con un absceso del músculo aproximador mayor.

Abstract

Title: Pelvic osteomyelitis and adductor magnus muscle abscess

Pelvic osteomyelitis is a rare disease that represents between 6-8% of the cases of acute hematogenous osteomyelitis. It is more frequent in males, and its clinical presentation is variable and nonspecific, circumstances that contribute to delaying the diagnosis. There is no specific laboratory test to aid in the diagnosis, and patients with osteomyelitis often have negative cultures. Complications are unusual.

We report the case of a ten-year-old boy, whose medical history was unremarkable, with acute osteomyelitis of the left ischiopubic region, complicated by an abscess in adductor magnus muscle.

Palabras clave

Osteomielitis, pelvis, absceso, niño

Keywords

Osteomyelitis, pelvis, abscess, child

52

Introducción

La osteomielitis es la infección piógena del hueso. Waldvogel et al. clasifican las osteomielitis en hematógenas y secundarias a un foco contiguo. En los niños, las más frecuentes son las hematógenas, oscilando su incidencia entre 1/20.000 y 1/1.000¹. Aproximadamente la mitad de los casos se producen en los primeros cinco años de vida. La forma aguda de la enfermedad se presenta como una infección supurada acompañada de edema, congestión vascular y trombosis de los vasos sanguíneos pequeños. Se afectan con más frecuencia las metafisis de los huesos largos (fémur y tibia)²⁻⁸. En la pelvis se localizan el 6-8% de todas las osteomielitis hematógenas agudas, y el hueso iliaco es el afectado con mayor frecuencia⁹⁻¹¹. Los abscesos musculares secundarios a osteomielitis pélvica son excepcionales¹⁰.

Caso clínico

Varón de 10 años, previamente sano, bien vacunado y sin antecedentes personales de interés. Ingresó por síndrome febril de 15 días de evolución, con una temperatura máxima de 40 °C,

que cede parcialmente al tratamiento antitérmico habitual y no tiene predominio horario. El niño mantiene un estado general aceptable y manifiesta, como sintomatología acompañante, dolor en la región inguinal izquierda, con molestia a la deambulación y cojera. Estos síntomas son relacionados por el propio paciente con un pequeño traumatismo mientras practicaba deporte, horas antes del comienzo de la fiebre.

Exploración física: peso 27 kg (P10); talla 128 cm (P3); buen estado general; normohidratado, perfundido y coloreado; faringoscopia y otoscopia normales; auscultación cardiopulmonar sin hallazgos patológicos; abdomen blando, depresible, sin palpase masas ni visceromegalias; sin exantemas ni lesiones cutáneas; exploración neurológica normal y signos meníngeos negativos; dolor a la palpación profunda en la región inguinal izquierda, a la flexión y rotación interna, y abducción de la cadera izquierda; sin signos inflamatorios ni palpación de masas.

Pruebas complementarias: Hemograma: ligera leucocitosis con neutrofilia (14.900/mm³ leucocitos con 10.000/mm³ neutrófilos) y trombocitosis (774.000/L). Bioquímica (perfil básico y reumatológico) y frotis de sangre periférica normales. Veloci-

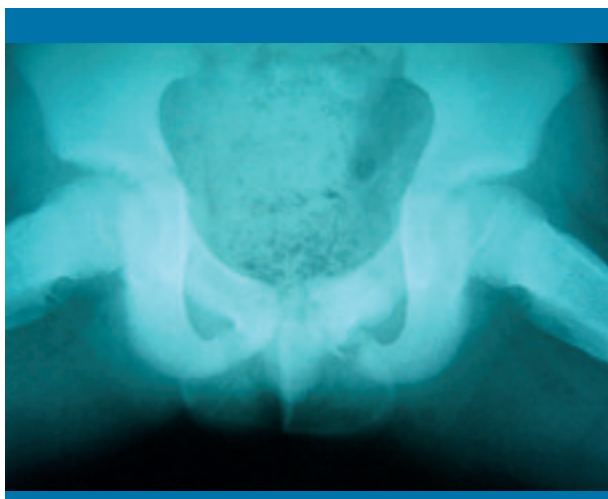


Figura 1. Imágenes radiológicas compatibles con osteomielitis de rama isquiopubiana izquierda, sin signos radiológicos de malignidad



Figura 2. Gammagrafía ósea. Depósito patológico en rama isquiopubiana izquierda

dad de sedimentación globular: 32 mm/h. Proteína C reactiva: 9,2 mg/L.

Hemocultivo, urocultivo, coprocultivo, rosa de Bengala, Mantoux y serología de artritis negativos. Radiografía de tórax normal. Radiografía anteroposterior y axial de caderas: imágenes compatibles con osteomielitis de unión ilioisquiopubiana, sin signos radiológicos de malignidad (figura 1). Gammagrafía ósea: depósito patológico de rama isquiopubiana izquierda (figura 2). Resonancia magnética: lesión sugestiva de osteomielitis de la rama isquiopubiana izquierda, que se extiende cau-

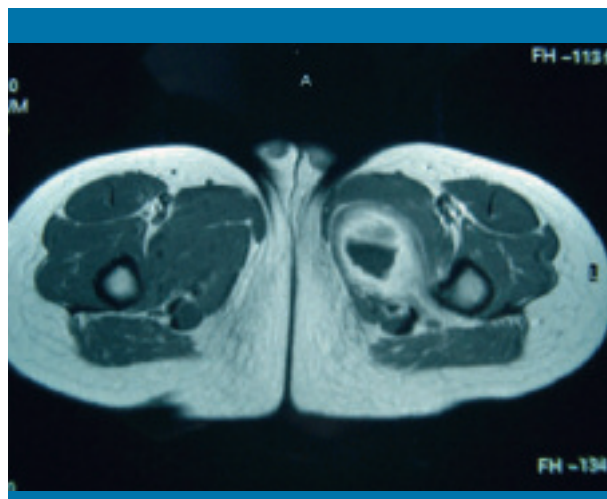


Figura 3. RM: lesión sugestiva de osteomielitis de la rama isquiopubiana izquierda, que se extiende caudalmente a la rama iliopubiana, complicada con absceso de partes blandas en músculo aproximador mayor

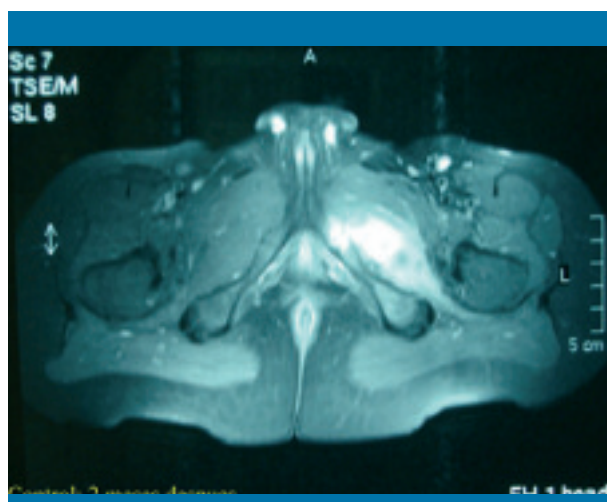


Figura 4. RM de control a los dos meses: desaparición del absceso; permanecen restos cicatriciales

dalmente a rama iliopubiana, complicada con un absceso de partes blandas en el músculo aproximador mayor (4 × 4 × 5 cm) (figura 3). Adenopatías de hasta 1 cm en ambas cadenas inguinales. En el control realizado dos meses después: desaparición del absceso, con restos fibróticos cicatriciales en la zona (figura 4).

Se instauró tratamiento intravenoso con cefotaxima y cloxacilina, que se mantuvo durante 21 días. La fiebre desapareció a la semana del tratamiento antibiótico, presentando el paciente una mejora progresiva de los reactantes de fase aguda

y síntomas locales. En la actualidad, 6 meses después, se encuentra asintomático y sin secuelas.

Discusión

La osteomielitis pélvica es infrecuente, representa aproximadamente un 6-8% del total de osteomielitis agudas hematogéneas¹¹. Fue descrita por primera vez en 1890 por Frohner¹⁰. Es más frecuente en varones (1,5:1), y esta relación es mayor en las osteomielitis hematogéneas que no afectan a los huesos de la pelvis (2:1 o incluso 3:1, dependiendo de las series)^{9, 12}. El hueso iliaco es el que se afecta con más frecuencia, quizá porque es el hueso pélvico más largo y por su gran aporte vascular¹¹. En un 13-20% de los casos existe antecedente de traumatismo^{9, 10}.

La presentación clínica de la osteomielitis pélvica es variable y poco específica, lo que contribuye a un retraso en el diagnóstico. Los signos y síntomas más frecuentes son: fiebre o febrícula, dolor (en caderas, región inguinal, glúteos, región lumbar o abdomen), impotencia funcional, anorexia, posturas antiálgicas y limitación de la movilidad. La diversidad semiológica determina que, con cierta frecuencia, el juicio clínico del paciente al ingreso sea distinto al de osteomielitis (artritis séptica, sinovitis de cadera, apendicitis, celulitis glútea, miositis, sacroileítis, artritis reumatoide, enfermedad de Kawasaki o nefrolitiasis)^{9, 10, 13}.

No existe ninguna prueba de laboratorio específica para el diagnóstico de osteomielitis aguda. Los hallazgos de laboratorio más frecuentes son leucocitosis con neutrofilia y aumento de la velocidad de sedimentación globular y de la proteína C reactiva. No obstante, en un porcentaje considerable de pacientes, estos datos analíticos pueden encontrarse dentro del intervalo de la normalidad. En la mitad de los pacientes, el cultivo es positivo y el germen aislado con más frecuencia es *Staphylococcus aureus*^{13, 14}.

Existen casos de osteomielitis con cultivos negativos. En estos pacientes es común la ausencia de una historia previa de traumatismo, mayor duración de los síntomas, menos cambios inflamatorios en la piel y menor necesidad de drenaje quirúrgico².

La radiografía detecta cambios en las partes blandas a las 48 horas de la aparición de la sintomatología, pero las lesiones osteolíticas no son evidentes hasta los 7-10 días. La ecografía es útil porque es capaz de detectar, en manos expertas, cambios en los tejidos blandos dentro de las primeras 24 horas de evolución^{14, 15}. La gammagrafía ósea con ⁹⁹Tc tiene alta sensibilidad y especificidad; permite detectar focos múltiples de osteomielitis y complicaciones como el absceso subperióstico¹⁶. La resonancia magnética (RM) localiza la lesión y determina su extensión con una alta sensibilidad y especificidad. Debe establecerse el diagnóstico diferencial con ciertos tumores óseos, como el osteosarcoma y el sarcoma de Ewing, artritis séptica y granuloma eosinófilo^{10, 17}. Si en la radiografía ini-

cial aparece una imagen osteolítica y el paciente no responde clínicamente a la antibioticoterapia, debe practicarse una biopsia ósea^{13, 18}.

Las osteomielitis pélvicas tienen buen pronóstico. Las complicaciones son infrecuentes; entre ellas destacan: absceso muscular, incongruencia articular, trombosis venosas profundas, persistencia de la infección, osteomielitis crónica, fusión articular y osteomielitis crónica recurrente multifocal^{9, 10}.

Una vez obtenidas las muestras para cultivo (hemocultivo, biopsia ósea), se iniciará régimen de antibioticoterapia parenteral de forma empírica durante 10-21 días. Posteriormente, podrá utilizarse la vía oral para continuar el tratamiento hasta completar 4-6 semanas^{1, 5, 8-10, 12}. Si la respuesta al tratamiento antibiótico no es la adecuada, debe considerarse el drenaje quirúrgico^{13, 18}.

El manejo terapéutico del absceso muscular es similar al de la osteomielitis. Se iniciará tratamiento antibiótico parenteral, y si la respuesta no es la adecuada, se puede efectuar un drenaje percutáneo guiado por tomografía computarizada o el drenaje quirúrgico de la lesión¹⁹.

Bibliografía

1. Megías Montijano A, Navarro Gómez ML, Hernández-Sampelayo Martos T. Osteomielitis. En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Infectología. Bilbao: Asociación Española de Pediatría, 2001; 171-177.
2. Floyd R, Steele R. Culture-negative osteomyelitis. *Pediatr Infect Dis J*. 2003; 22(8): 731-736.
3. Nelson JD. Toward simple but safe management of osteomyelitis. *Pediatrics*. 1997; 99(6): 883-884.
4. Bradley JS, Kaplan SL, Tan TQ, Barson WJ, Ardit M, Schutze GE, et al. Pediatric pneumococcal bone and joint infections. The Pediatric Multicenter Pneumococcal Surveillance Study Group (PMPSSG). *Pediatrics*. 1998; 102(6): 1.376-1.382.
5. Lew D, Waldvogel F. Osteomyelitis. *N Engl J Med*. 1997; 336: 999-1007.
6. Barberán J. La osteomielitis: una asignatura pendiente para el siglo XXI. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2001; 19: 247-248.
7. Russell W, Steele MD. Pelvic osteomyelitis. En: The clinical handbook of pediatric infectious disease. Lancaster: The Parthenon Publishing Group, 1994; 227-228.
8. Mader J, Calhoun J. Osteomielitis. En: Mandell G, Bennet J, Dolin R, eds. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica, 5.^a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2002; 1.436-1.450.
9. Zvulunov A, Gal N, Segev Z. Acute hematogenous osteomyelitis of the pelvis in childhood: diagnostic clues and pitfalls. *Pediatr Emerg Care*. 2003; 19(1): 29-31.
10. Davidson D, Letts M, Khoshhal K. Pelvic osteomyelitis in children: A comparison of decades from 1980-1989 with 1990-2001. *J Pediatr Orthop*. 2003; 23: 514-521.
11. Rand N, Mosheiff R, Matan Y, Porat S, Shapiro M, Liebergall M. Osteomyelitis of the pelvis. *J Bone Joint Surg Br*. 1993; 75(5): 731-733.
12. Merino Arribas JM, Carpintero Martín I, Marrero Calvo M, Ansó Oliván S, Elvira Pardiella AI, Iglesias Escalera G. Osteomielitis aguda: características clínicas, radiológicas, bacteriológicas y evolutivas. *An Esp Peditr*. 2001; 55: 20-24.

